



DOULEUR

Mise à jour d'études cliniques

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN®

Volume XVI, n° 7

Décembre 2008

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Jane C. Ballantyne, MD, FRCA
Anesthésiologie, médecine de la douleur
É.-U.

Comité consultatif

Michael J. Cousins, MD, DSc
Médecine de la douleur, médecine palliative
Australie

Maria Adele Giamberardino, MD
Médecine interne, physiologie
Italie

Patricia A. McGrath, PhD
Psychologie, douleur pédiatrique
Canada

M.R. Rajagopal, MD
Médecine de la douleur, médecine palliative
Inde

Maree T. Smith, PhD
Pharmacologie
Australie

Claudia Sommer, MD
Neurologie
Allemagne

Harriët M. Wittink, PhD, PT
Physiothérapie
Pays-Bas

Production

Elizabeth Endres, corédactrice
Kathleen E. Havers, coordonnatrice des programmes
Rich Boram, directeur, marketing et communications

Dépistage d'abus potentiel d'opioïdes

La douleur chronique, qu'elle soit liée au cancer ou bénigne, constitue un important problème médical dans notre société. Plus de 70 millions d'Américains souffrent de douleur chronique, ce qui grève fortement les services médicaux, pèse sur les handicaps professionnels et les autres formes de handicaps et a de nombreuses conséquences sociales, familiales et personnelles¹⁻⁵. Avec les percées dans le domaine de gestion de la douleur, de plus en plus de patients ont pu profiter d'une certaine forme de traitement. Cette amélioration est particulière vraie pour les traitements pharmacologiques, tels que l'utilisation accrue des opioïdes dans le traitement de la douleur non cancéreuse et l'émergence de plusieurs nouveaux médicaments analgésiques adjuvants.

Toutefois, le désillusionnement au sujet du traitement opioïde, et au sujet du traitement pharmacologique en général, est de plus en plus marqué chez certains médecins⁶⁻⁷. En plus de la crainte du non-respect de la loi, de nombreux cliniciens ont des doutes qui, selon nous, ont beaucoup à voir avec le fait que les opioïdes ont été utilisés seuls dans de nombreux cas où un plan plus exhaustif était nécessaire, mais n'était pas disponible ou réalisable. Lorsque les patients obtiennent un résultat laissant à désirer – que le problème soit dû à une dépendance, à une mauvaise utilisation, à une diversion ou simplement à une piètre efficacité – le médecin risque d'être mal à l'aise face à un traitement qui est déjà controversé et compliqué.

Aujourd'hui, de nombreux cliniciens recherchent un meilleur équilibre entre les avantages et les inconvénients, ils ont des attentes plus modérées et réalistes au sujet des avantages de l'aspect gestion de la douleur. Comme les experts en douleur le savent, les patients qui souffrent de douleurs persistantes forment un groupe très diversifié, et comprend des sous-groupes ayant besoin d'une vaste gamme de stratégies pour pouvoir bénéficier des avantages des opioïdes et des autres formes d'intervention. Certains patients verront leur état s'améliorer avec les opioïdes seulement. Pour ces patients relativement « non compliqués », la révolution de la prescription a entraîné un meilleur accès à une intervention économique et efficace. Cependant, comme la douleur, complexe en elle-même, apparaît chez les êtres humains complexes, et est en raison de la tricherie et des autres effets négatifs qu'elle entraîne, de nombreux patients ont besoin d'une gestion et de changements de style de vie plus englobants. Trop souvent, le respect des traitements recommandés est sporadique dans le meilleur des cas, et entièrement ignoré par le patient dans le pire des cas. Cette non-conformité peut découler de différentes sources, qui vont d'une mauvaise fixation des objectifs à l'inertie en ce qui concerne les changements au style de vie ou les attitudes défaitistes vis-à-vis des problèmes de dépendance et d'abus de la part des médecins qui ne sont alors pas en mesure d'utiliser des approches thérapeutiques pour traiter de tels problèmes.

NUMÉROS À PARAÎTRE

Pourquoi la douleur fait-elle mal?

Douleur cancéreuse

Douleur des os

Les objectifs de la gestion de la douleur aujourd'hui

Quel est le but de la gestion de la douleur chronique? Est-ce de se sentir mieux? De mieux fonctionner? Est-ce que les médecins et les patients s'entendent sur ces points? Il existe une abondante littérature sur la façon dont les patients fixent des objectifs pour la gestion de la douleur, et sur le consensus quant à cette gestion entre les patients et leurs spécialistes. Il est reconnu que les patients qui souffrent de douleur liée au cancer sont souvent satisfaits par de faibles niveaux de soulagement de la douleur, mais nous commençons seulement à comprendre que le dénominateur dans l'équation de la satisfaction comprend une combinaison complexe d'attentes, d'enjeux relationnels, d'expériences antérieures avec le soulagement de la douleur, et d'objectifs des soins⁸⁻⁹. Il est possible que les patients qui souffrent de douleur cancéreuse sentent qu'un moindre soulagement de la douleur est acceptable pourvu qu'ils puissent réduire leur consommation de médicaments, par peur de développer une dépendance et des effets secondaires. On connaît très peu sur ce sujet dans le domaine de la douleur non cancéreuse. Certains patients obtiendront des gains fonctionnels (comme retourner à un emploi qu'ils aiment) avec de faibles niveaux de soulagement de la douleur. D'autres affirmeront qu'ils ne peuvent pas fonctionner (comme retourner à un emploi qu'ils détestent) avant d'obtenir un soulagement pratiquement total de la douleur. En général, il est assez évident qu'il serait difficile pour un patient d'apprécier le bien-fondé de l'exercice, de la psychothérapie, de l'entraînement et de s'abstenir de fumer en tant qu'éléments d'un programme de traitement de la douleur, à moins qu'il ne comprenne ses propres objectifs en matière de gestion de la douleur.

Nous devons avoir une solide compréhension des objectifs de gestion de la douleur du professionnel de la santé et du patient avant de rédiger la première prescription. L'objectif de la gestion de la douleur n'est pas simplement le soulagement de la douleur sur une échelle de 0 à 10, tout comme l'objectif du traitement du diabète n'est pas simplement une réduction de la glycémie. Comme tous les experts de la douleur le savent, l'objectif de la gestion de la douleur chronique est de permettre aux gens aux prises avec la douleur de vivre une vie riche et gratifiante malgré une maladie chronique, une vie dans laquelle il est possible d'établir et d'atteindre ses objectifs. Nous devons avoir cette compréhension de base afin de pouvoir sélectionner nos patients de façon efficace pour atteindre une certaine stratification des risques, tout en réalisant que certains patients qui semblent à risque plus élevé peuvent simplement avoir une mauvaise compréhension générale de ces objectifs.

Efforts de dépistage chez les patients

L'utilisation potentielle d'opioïdes doit être accompagnée d'une stratification et d'une gestion des risques. Ce processus commence par une évaluation des risques de dépendance, qui peut être très brève ou qui peut entraîner une évaluation psychiatrique exhaustive. À cause des contraintes de temps, des mesures doivent être prises rapidement pour faciliter ce processus. Toutefois, jusqu'à très récemment, il n'existait pratiquement pas d'outils de dépistage validés pour

la prédiction des comportements déviants chez les patients affligés par la douleur. La reconnaissance de ce besoin a mené à une augmentation substantielle des outils de dépistage des dépendances. Un référencement plus exhaustif a été entrepris ailleurs¹⁰, mais nous avons néanmoins indiqué plusieurs instruments disponibles ci-dessous. De nombreux outils de dépistage s'appuient sur des éléments relatifs aux antécédents personnels et familiaux en matière de dépendance, ainsi que sur d'autres facteurs de risque liés aux antécédents, tels que les agressions sexuelles à la préadolescence, l'âge, et les maladies mentales. Certains outils sont adaptés spécifiquement au contrôle de la douleur, alors que d'autres évaluent simplement les facteurs de risque pour la dépendance en général.

La multiplication plutôt soudaine du nombre d'outils disponibles sont à la fois une bénédiction (le choix est varié) et une malédiction (car il est parfois difficile de déterminer celui qui s'applique le mieux à une pratique particulière). Certains instruments parmi les plus prometteurs sont décrits ici, mais il faut savoir qu'il s'agit d'outils de prise de décisions cliniques qui ne doivent pas être considérés comme exacts sur le plan des diagnostics. Quel que soit l'outil choisi par le clinicien, il est recommandé de présenter le processus de dépistage au patient en l'assurant qu'aucune réponse n'influencera de façon négative la gestion efficace de la douleur.

Test de dépistage de l'abus de drogues (DAST)

Le test de dépistage de l'abus de drogues (DAST) est un questionnaire à choix de réponses (oui ou non) comportant 28 questions¹¹. Traditionnellement, une note de passage de 6 est utilisée pour indiquer l'abus de drogues ou la dépendance, mais ce pointage peut être changé pour répondre aux besoins de différents paramètres cliniques. En plus de la version complète, qui peut être trop longue pour certaines cliniques, de nombreuses versions abrégées du DAST peuvent être utilisées, sur la base de 10 ou 20 éléments. Le DAST intégral a été soumis à la validité et à la fiabilité de test-retest, avec un coefficient de corrélation de 0,85, et une bonne cohérence interne, avec des coefficients alpha de Cronbach allant de 0,92 à 0,94. Il présente une bonne sensibilité dans des intervalles de 81 à 96 %, et sa spécificité va de 71 à 94 %. Bien que le DAST comporte des aspects positifs, il faut relever que le test et le retest sont uniquement séparés par quelques semaines, ce qui pourrait faire en sorte que la psychométrie semble artificiellement meilleure qu'elle n'est réellement. De plus, l'outil est susceptible de favoriser la tricherie, et il peut ne pas identifier les personnes qui abusent des drogues qui donnent de fausses réponses de façon intentionnelle. Il faut ajouter que la mesure doit maintenant être soumise à un important essai de validation chez les patients qui souffrent de douleurs. Finalement, bien qu'il prédise l'abus de drogues, le test n'examine pas particulièrement les comportements déviants pendant le traitement de la douleur.

Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain (SOAPP)

Un peu plus court que le DAST, le *Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain* (SOAPP) est un outil d'auto-évaluation en 14 points. Il utilise une échelle à cinq points (0 = jamais, 4 = très souvent), avec une note de passage

de 8 utilisée pour déterminer le risque¹²⁻¹³. La note de passage relativement basse de 8 a été choisie, en partie parce que les personnes qui croient que leurs réponses peuvent déterminer leur traitement aux opioïdes pourraient sous-estimer leur comportement, et parce que certains patients ont peur que leurs réponses soient mal interprétées.

Le SOAPP est un candidat de choix pour les cabinets de médecin parce qu'il s'agit d'un outil précis pour évaluer le potentiel d'abus chez les patients qui sont considérés pour un traitement aux opioïdes et qu'il possède de bonnes propriétés psychométriques. Toutefois, les données provenant des efforts initiaux ont été de nature corrélationnelle et non causale. De plus, très peu de données démographiques et médicales ont été enregistrées dans la validation du SOAPP, ce qui soulève la possibilité de différences dans les notes de passage chez différents sous-groupes de la population. Malgré ce problème potentiel, le SOAPP a un programme de recherche actif derrière lui et maintiendra probablement sa pertinence du point de vue clinique dans les années à venir.

Opioid Risk Tool (ORT)

Offrant l'une des mesures les plus brèves qui soient pour la stratification des risques, l'*Opioid Risk Tool* (ORT) comprend une auto-évaluation par oui ou non en cinq points, conçue pour prédire la probabilité qu'un patient adopte un comportement déviant lorsqu'on lui prescrit des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique¹⁴. Les points couvrent des enjeux tels que les antécédents personnels et familiaux en matière d'abus de drogues, l'âge, les antécédents en matière d'agression sexuelle à la préadolescence et les maladies mentales. Chaque réponse positive reçoit une note basée sur le sexe du patient, puis les notes sont additionnées; une note de 0 à 3 indique un faible risque, une note de 4 à 7 indique un risque moyen et une note de 8 et plus indique un risque élevé. Testé sur 185 patients consécutifs dans une clinique de traitement de la douleur, l'outil a affiché une excellente capacité discriminatoire tant chez les hommes que chez les femmes, avec des valeurs statistiques observées de 0,82 et 0,85.

L'ORT est un outil très utile pour les cliniciens, en raison de sa rapidité d'application et de la simplicité du système de notes. Il constitue de loin le moyen le plus facile d'effectuer une évaluation des risques avec un outil validé chez les patients souffrant de douleur et il est expressément conçu pour prédire les comportements problématiques chez les personnes à qui on a prescrit des opioïdes pour le traitement de la douleur. Les principaux points négatifs proviennent de la nature de la validité nominale de l'ORT et de la possibilité correspondante de tricherie. Pour de nombreuses personnes, cet outil d'évaluation des risques sera acceptable, mais il peut ne convenir à tous. Pour ceux qui trouvent que cet outil concis n'est pas assez étoffé, des outils plus longs et plus lourds seront nécessaires.

Diagnosis, Intractability, Risk, Efficacy (DIRE)

Le pointage *Diagnosis, Intractability, Risk, Efficacy* (DIRE) a été conçu pour aider le médecin à prédire quels patients souffrant de douleur chronique bénigne ressentiront

une analgésie efficace et seront capables de se conformer au traitement préventif à long terme aux opioïdes. Les catégories comprennent le diagnostic, l'incurabilité, l'efficacité et les catégories de risque (psychologique, santé chimique, fiabilité et soutien social). Les pointages vont de 1 à 3; le pointage le plus élevé indique la possibilité la plus élevée de réussite du traitement aux opioïdes. Lorsque l'outil a été testé sur un échantillon relativement petit de 61 patients pendant près de 38 mois, les résultats ont indiqué une sensibilité et une spécificité élevées pour prédire la conformité et l'efficacité¹⁵. En plus de la taille relativement faible de l'échantillon, l'étude était rétrospective, et les patients souffraient de diverses formes de douleur. Pour qu'il soit efficace, le médecin doit bien noter les antécédents et doit maintenir une bonne relation avec le patient; par conséquent, cet outil peut s'avérer plus utile lorsqu'il est utilisé sur une base continue et non pas lorsqu'il est utilisé à titre d'outil de dépistage initial (voir la section ci-dessous). Étant donné cette approche prudente, cet outil pourrait être très utile pour les médecins qui souhaitent éviter une éventuelle tromperie par le patient. L'outil est facile à utiliser : en moyenne, il faut moins de deux minutes pour le compléter et il est par conséquent efficace pour les médecins très occupés.

Dépistage continu et paradigme de gestion

Passik et Weinreb¹⁶ ont analysé un appareil mnémorique qui s'avère utile pour assurer le suivi des domaines de résultats pertinents pour la gestion de la douleur. Les quatre éléments (« 4 A » en anglais, incluant analgésie, activités de la vie quotidienne, événements nuisibles et comportements déviants liés à la prise de drogues) sont des domaines cliniques qui reflètent les progrès réalisés vers l'objectif plus général d'une vie riche et gratifiante. Pour être fructueux, le traitement de la douleur doit offrir un soulagement significatif, mais il ne se termine pas uniquement avec le contrôle de la douleur. L'analgésie doit faire une réelle différence dans la vie du patient, et elle doit être accompagnée d'une stabilisation ou d'une amélioration du fonctionnement psychosocial et physique, d'effets secondaires gérables (qui ne compromettent pas les domaines de fonctionnement importants), et d'une prise de drogues acceptable. Initialement élaborée comme un moyen pour les cliniciens de suivre et de documenter les progrès de leurs patients, la méthode des 4 A n'est pas uniquement conçue au profit des cliniciens. Elle est également utile pour expliquer les objectifs du traitement aux patients et pour les aider à comprendre l'objectif plus général qui consiste à être traité dans un contexte de gestion de la douleur.

Pain Assessment and Documentation Tool

Passik et ses collègues¹⁷⁻¹⁸ ont élaboré le *Pain Assessment and Documentation Tool* (PADT), qui assure le suivi des 4 A et facilite l'évaluation des résultats chez les patients qui souffrent de douleur chronique. Le temps consacré aux visites de suivi est court, ce qui laisse peu de temps pour aborder tous les domaines de résultat du traitement, et pour analyser comment intervenir pour régler les comportements problématiques et motiver les patients. La principale raison des contraintes de temps est de nature financière; les médecins

spécialisés dans le contrôle de la douleur doivent souvent choisir entre la survie financière et le désir de « faire la bonne chose » pour leurs patients, comme agir à titre d'agent de changement positif. Il faut peut-être 30 minutes pour régler un comportement problématique, mais seulement 30 secondes pour rédiger une prescription. Les cliniciens de la douleur font face à ce dilemme chaque jour, et ils doivent trouver des moyens rapides de traiter les problèmes complexes ou de déléguer plusieurs de ces tâches à d'autres membres de leur équipe. La gestion des médicaments peut souvent accaparer tout le temps qu'un médecin et son patient passent ensemble; par conséquent, il était essentiel de développer un outil pouvant être bref tout en étant exhaustif.

En pratique, le PADT est un tableau à deux côtés qui peut facilement être inclus dans le dossier médical du patient. Il a été conçu pour être intuitif, pragmatique et adaptable aux situations cliniques. Lors des essais pratiques, il a fallu entre 10 et 20 minutes aux cliniciens pour compléter l'exercice. Le PADT finalisé est substantiellement plus court et il faut seulement quelques minutes pour le compléter. En abordant le besoin de documentation, le PADT peut aider les cliniciens à respecter leurs obligations en matière d'évaluation continue tout en maintenant les traitements. Bien que le PADT ne soit pas conçu pour remplacer les notes d'évolution, il est bien adapté pour compléter la documentation existante en mettant l'accent sur les résultats de l'évaluation qui sont pertinents sur le plan clinique et en abordant le besoin de preuves pour effectuer un suivi approprié.

Current Opioid Misuse Measure (COMM)

En plus du PADT, l'outil *Current Opioid Misuse Measure (COMM)* a été conçu pour les patients souffrant de douleur et qui suivent déjà un traitement aux opioïdes à long terme¹⁹. Un total de 227 patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse ont été invités à remplir la version alpha en 40 points du *Prescription Drug Use Questionnaire (PDUQ)*; on leur a également demandé de présenter un échantillon d'urine pour le dépistage toxicologique. Les médecins ont été invités à documenter tout comportement déviant chez les patients. Une étude de suivi menée auprès de 86 patients avec une version contenant 17 points de la version alpha mesurant adéquatement les comportements déviants a indiqué que le COMM était prometteur à titre de façon efficace pour évaluer les comportements déviants. Une autre étude est nécessaire pour cet outil, mais il constitue un moyen prometteur d'évaluer les abus actuels d'opioïdes.

Complémentation des efforts de dépistage avec les tests en laboratoire

En plus des outils de dépistage susmentionnés, le dépistage par l'urine et les autres tests en laboratoire peuvent

aider les cliniciens à savoir si le patient utilise ou non des drogues illicites et des substances contrôlées non prescrites. Les efforts de documentation complémentaires avec les tests en laboratoire sont importants : Katz et ses collègues²⁰ ont démontré qu'en dépit de la vigilance du clinicien vis-à-vis des comportements déviants, il peut rater des signes. Ils ont découvert que 20 % des patients qui, selon leur médecin, prenaient leurs médicaments selon la prescription avaient obtenu des résultats positifs au test de dépistage par l'urine.

Le dépistage par l'urine offre une stratégie de suivi non effractive et à faible coût qui permet de déceler la plupart des drogues de un à trois jours après l'exposition²¹. De plus, le dépistage par l'urine peut fournir une documentation objective de la conformité du patient au plan de traitement et à l'entente sur les opioïdes, diminuer le risque d'un problème d'abus d'opioïdes non décelé et justifier la poursuite du traitement analgésique chronique aux opioïdes chez les patients qui respectent le plan de traitement et qui ont des résultats acceptables aux tests de dépistage par l'urine²². Cependant, il faut relever que, bien que les dépistages de drogues par l'urine soient utiles, les résultats sont parfois inexacts; de faux résultats positifs et négatifs peuvent survenir à l'occasion.

De plus, certains composés ne sont habituellement pas décelés dans les dépistages par l'urine, et le clinicien doit commander des tests d'urine plus spécifiques et plus coûteux (ou même des tests de dépistage par le sang et les cheveux). Ainsi, les résultats des tests d'urine ne sont qu'un élément du casse-tête dans l'évaluation du caractère problématique d'un patient.

Conclusion

La gestion de la douleur est un art et une science. L'art de la gestion de la douleur consiste à orchestrer les différents moyens d'intervention, adaptés aux personnes. Nous devons faire plus que des vœux pieux en ce qui concerne le besoin de tels soins. Et lorsque nous faisons la recommandation, il est temps pour nous d'assumer le rôle d'agent de changement dans la vie de nos patients, un rôle pour lequel de nombreux praticiens de la douleur de diverses disciplines peuvent se sentir mal préparés.

Le traitement efficace de la douleur chronique est difficile et exige une grande attention et une solide motivation du médecin traitant. En gardant un œil sur les comportements déviants, une main sur une dépendance possible et l'autre sur le traitement insuffisant et l'opioïdophobie²³, le clinicien traitant doit toujours rester vigilant et évaluer rigoureusement les besoins et les motivations des patients. Heureusement, nous sommes à l'orée d'une forte percée dans la production d'outils de stratification des risques pour l'évaluation initiale et pour le suivi à long terme.

Références

1. American Pain Foundation. Annual report 2006. Available at: <http://www.painfoundation.org/About/2006AnnualReport.pdf>. Accessed November 10, 2008.
2. Dembe AE, Himmelstein JS, Stevens BA, Beachler MP. Improving workers' compensation health care. *Health Aff (Millwood)* 1998;16:253-7.
3. McCarberg BH, Billington R. Consequences of neuropathic pain: quality-of-life issues and associated costs. *Am J Manag Care* 2006;12(9 Suppl):S263-8.
4. Rudin NJ. Chronic pain rehabilitation: principles and practice. *WMJ* 2001;100:36-43, 66.
5. Verhaak PF, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain* 1998;77:231-9.
6. Cicero TJ, Inciardi JA, Munoz A. Trends in abuse of OxyContin and other opioid analgesics in the United States: 2002-2004. *J Pain* 2005;6:662-72.
7. Lipman AG. Does the DEA truly seek balance in pain medicine? *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2005;19:7-9.
8. Dawson R, Spross JA, Jablonski ES, Hoyer DR, Sellers DE, Solomon MZ. Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:211-20.
9. Passik SD, Kirsh KL. Re: Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:361-3.
10. Passik SD, Kirsh KL, Casper D. Addiction-related assessment tools and pain management: Instruments for screening, treatment planning, and monitoring compliance. *Pain Med* 2008;9(S2):S145-66.
11. Yudko E, Lozhkina O, Fouts A. A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. *J Subst Abuse Treat* 2007;32:189-98.
12. Akbik H, Butler SF, Budman SH, Fernandez K, Katz NP, Jamison RN. Validation and clinical application of the Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain (SOAPP). *J Pain Symptom Manage* 2006;32:287-93.
13. Butler SF, Budman SH, Fernandez K, Jamison RN. Validation of a screener and opioid assessment measure for patients with chronic pain. *Pain* 2004;112:65-75.
14. Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the opioid risk tool. *Pain Med* 2005;6:432-42.
15. Belgrade MJ, Schamber CD, Lindgren BR. The DIRE score: predicting outcomes of opioid prescribing for chronic pain. *J Pain* 2006;7:671-81.
16. Passik SD, Weinreb HJ. Managing chronic nonmalignant pain: overcoming obstacles to the use of opioids. *Adv Ther* 2000;17:70-80.
17. Passik SD, Kirsh KL, Whitcomb LA, Portenoy RK, Katz N, Kleinman L, Dodd S, Schein J. A new tool to assess and document pain outcomes in chronic pain patients receiving opioid therapy. *Clin Ther* 2004; 26:552-61.
18. Passik SD, Kirsh KL, Whitcomb LA, Schein JR, Kaplan M, Dodd S, Kleinman L, Katz NP, Portenoy RK. Monitoring outcomes during long-term opioid therapy for non-cancer pain: results with the pain assessment and documentation tool. *J Opioid Manag* 2005;1:257-66.
19. Butler SF, Budman SH, Fernandez KC, Houle B, Benoit C, Katz N, Jamison RN. Development and validation of the Current Opioid Misuse Measure. *Pain* 2007;130:144-56.
20. Katz NP, Sherburne S, Beach M, Rose RJ, Vielguth J, Bradley J, Fanciullo GJ. Behavioral monitoring and urine toxicology testing in patients receiving long-term opioid therapy. *Anesth Analg* 2003;97:1097-1102.
21. Heit HA, Gourlay D. Urine drug testing in pain medicine. *J Pain Symptom Manage* 2004;27:260-7.
22. Federation of State Medical Boards. Model policy for the use of controlled substances for the treatment of pain. May 2004. Available at: http://www.fsmb.org/pdf/2004_grpol_Controlled_Substances.pdf. Accessed November 5, 2008.
23. Redmond K. Organizational barriers in opioid use. *Support Care Cancer* 1997;5:451-6.

Steven D. Passik, PhD
Department of Psychiatry and Behavioral Sciences
Memorial Sloan Kettering Cancer Center
New York, NY 10065, USA

Kenneth L. Kirsh, PhD
Department of Pharmacy Practice and Science
College of Pharmacy, University of Kentucky
Lexington, KY 40536, USA
klkirsh@email.uky.edu

Les articles sélectionnés pour publication portent sur des sujets d'actualité concernant la recherche et le traitement de la douleur, mais les informations (observations et conclusions) fournies et opinions exprimées n'ont fait l'objet d'aucunes vérifications de la part de l'IASP. Par conséquent, les opinions exprimées dans *Pain: Clinical Updates* ne reflètent pas nécessairement celles de l'IASP ni de ses conseillers ou représentants. L'IASP ne pourra être tenu pour responsable en cas de lésion ou de dommage aux personnes ou aux biens, du fait d'un produit, d'une négligence ou de toute utilisation des méthodes, produits, instructions ou idées contenus dans le présent article. En raison des rapides progrès réalisés dans le secteur des sciences médicales, l'éditeur recommande une vérification indépendante des diagnostics et des posologies.

Pour obtenir la permission de reproduire ou de traduire cet article, veuillez communiquer avec :

International Association for the Study of Pain • 111 Queen Anne Avenue North, Suite 501, Seattle, WA 98109-4955 USA
Téléphone : +1-206-283-0311 • Télécopieur : +1-206-283-9403 • courriel : iaspdesk@iasp-pain.org • www.iasp-pain.org
Droits d'auteur © 2008. Tous droits réservés. ISSN 1083-0707.

Imprimé aux É.-U.